Wurzelknirpse e.V.
Postfach 1115
74622 Bretzfeld

1. Vorsitzende Anne Windorfer
2. Vorsitzende Jessica Jäckel-Heitz
E-Mail: vorstand@wurzelknirpse.de
Tel.: 0177/6008886

Medikamentengabe im Kindergarten

_____

Name des Kindes Vorname Geburtsdatum

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden.

	1. _____ Name des Medikaments	2. _____ Name des Medikaments	3. _____ Name des Medikaments
Morgens	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Mittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Bemerkungen/ Dauer der Einnahme			

_____

Ort, Datum Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Wurzelknirpse e.V.
Postfach 1115
74622 Bretzfeld

1. Vorsitzende Anne Windorfer
2. Vorsitzende Jessica Jäckel-Heitz
E-Mail: vorstand@wurzelknirpse.de
Tel.: 0177/6008886

Ermächtigung der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/wir _____,
Name der Erziehungs-/ Sorgeberechtigten

dass der / die Erzieher/-in _____ der Tageseinrichtung
Name des / der Erzieher/-in

meinem/ unseren Kind _____ die o.g. Medikamente
Name des Kindes

zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungs-/ Sorgeberechtigten